

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 39

DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE LYON DEPUIS 1904

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul RIVOAL

Né à Auray (Morbihan), le 1^{er} Janvier 1892.



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

—
Octobre 1919

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 39

DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE LYON DEPUIS 1904

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

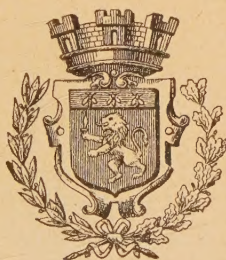
Et soutenue publiquement le 20 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul RIVOAL

Né à Auray (Morbihan), le 1^{er} Janvier 1892.



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

—
Octobre 1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET, MORAT
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques Chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique de maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, radiologie, physiothérapie	LEPINE
Chimie biologique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.....	GILIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	X...
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	X...
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	X...
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutiques de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-IOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

MM. SARVONAT et BONNAMOUR, chargés de cours

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, *Président*; M. CONDAMIN, *Assesseur*;
M. COMMANDEUR, *Prof. agrégé*; et M. VORON, *Prof. agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

AUX DOCTEURS GUYONNET ET LE CARS

A MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0114

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous fait aujourd'hui le grand honneur d'en accepter la présidence. Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre profond respect.

A mes Juges :

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ CONDAMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ COMMANDEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VORON

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

Chef de Clinique Obstétricale

Qui a bien voulu nous aider chaque jour de ses conseils éclairés et nous a toujours accueilli avec la plus grande amabilité. Nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré est un accident relativement rare dans les services obstétricaux puisque pour prendre par exemple, la statistique de M. Couvelaire à la clinique Baudeloque, 55 observations sont rapportées sur un ensemble de 53.000 accouchements soit 0,10 0/0 et encore 27 seulement se présentent-elles avec un syndrome indiscutable.

Les hasards de la Clinique ont fait qu'à la Clinique obstétricale de Lyon, en quatre mois trois observations typiques ont été recueillies, dont l'une publiée par MM. Fabre et Rhenter à la Société d'obstétrique de mai 1919, les deux autres devant faire l'objet de communications ultérieures. M. le Pr Fabre, qui déjà en 1906, avait étudié cette question dans la thèse de Gaston, a bien voulu nous charger de rechercher les faits analogues observés à la Clinique obstétricale de Lyon depuis 1904, date à laquelle il en a pris la direction.

Notre étude portera donc uniquement sur les observations recueillies dans les archives de la Clinique obstétricale et nous remercions vivement M. le Pr Fabre de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant cette tâche et en nous permettant d'exposer ses idées. Nos remerciements iront également à M. le docteur Rhenter, chef de clinique obstétricale, qui a bien voulu nous aider dans l'élaboration de ce travail et nous confier la primeur d'une observation de césarienne vaginale pratiquée par lui dans le service, alors qu'il y suppléait M. le Pr Fabre.

-CHAPITRE PREMIER

En dépouillant les observations de la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon, depuis le 1^{er} janvier 1904, c'est-à-dire depuis le moment où elle est sous la direction de M. le professeur Fabre, nous avons retrouvé vingt-cinq observations étiquetées : « décollement prématuré du placenta normalement inséré. »

A la lecture de ces observations elles nous ont paru avoir trait à des faits cliniques évidemment comparables dans leur étiologie, le décollement prématuré d'un ou de plusieurs cotylédons d'un placenta inséré dans la zone supérieure de l'utérus, mais essentiellement différents dans leurs manifestations symptomatiques. Il y a lieu, en effet, d'établir une différence importante entre telle malade qui, au cours d'un accouchement à terme ou même prématuré expulsa un enfant vivant et à propos de laquelle le diagnostic de décollement prématuré du placenta fut porté uniquement parce que la délivrance suivit rapidement l'expulsion de l'enfant et fut accompagnée de quelques centaines de grammes de caillots plus ou moins adhérents, et telle autre qui fut amenée à la Charité dans un état de shock hémorragique faisant craindre une issue fatale si une décision thérapeutique n'était pas prise d'extrême urgence.

C'est d'ailleurs là un point sur lequel a bien insisté M. Couvelaire quand, dans son article des Annales de Gynécologie d'octobre 1911, il ne retenait comme observations susceptibles d'être prises en considération au point vue des indications chirurgicales dans le décollement du placenta normalement inséré, il ne retenait disons-nous que les observations où, d'une part,

l'enfant était mort : « Je ne parlerai pas du sort des
 « enfants pour peu que l'hémorragie rétroplacentaire
 « soit assez abondante pour déterminer le syndrome
 « clinique qui permet de la diagnostiquer. L'enfant
 « succombe. Parler de la césarienne comme seule
 « chance de survie de l'enfant dans les cas de
 « décollement du placenta normalement inséré se-
 « rait un non sens clinique ». Et parmi les cas où l'en-
 fant était mort, celles où l'état général maternel pré-
 sentait un danger immédiat, ce sont les observations :
 « où le syndrome clinique s'impose d'emblée à l'atten-
 « tion et où la marche progressive des symptômes de
 « shock hémorragique, en rapport avec l'accroissement
 « de l'hémorragie cachée surdistendant la matrice, fit
 « naître l'indication d'une intervention ».

Nous avons donc divisé nos observations en deux catégories, l'une renfermant les formes de décollement du placenta normalement inséré que nous appellerons : formes graves, réservant aux autres le nom de formes légères. La distinction entre ces deux catégories étant essentiellement basée sur le fait que la malade a ou non présenté le syndrome clinique suivant : apparition brusque dans les derniers mois de la grossesse de phénomènes généraux graves de tous points comparables à ceux d'une hémorragie interne, dont le début se caractérise le plus souvent par une douleur abdominale subite et violente. Hypertension utérine rapide telle que la hauteur du fond utérin au-dessus du pubis est en disproportion avec l'âge de la grossesse et que la résistance au palper justifie parfaitement l'expression « d'utérus de bois » employée par les auteurs. Aggravation progressive et très alarmante de l'état général, contrastant le plus souvent avec la lenteur conservée du pouls, ce, pendant que l'auscultation fœtale est né-

gative et que parfois, mais non toujours, une hémorragie externe plus ou moins abondante apparaît à la vulve.

Nous obtenons ainsi d'une part 11 observations de formes graves, d'autre part 14 observations de formes dites légères. Et encore parmi les formes légères devons-nous faire une réserve à propos d'un certain nombre d'observations où, à l'examen du délivre la rupture des membranes fut trouvée voisine du bord placentaire.

Sans revenir sur la question soulevée par M. Pinard de la distinction entre le placenta prævia marginal et le placenta normalement inséré, basée sur le siège de la rupture des membranes, et telle que toute rupture entre 0 et 10 cm du bord placentaire serait la signature du placenta prævia ; il est évident qu'un certain nombre de nos observations étiquetées « décollement du placenta normalement inséré » paraissent se rapporter à des cas où le placenta était très voisin de l'orifice cervical. Sans discuter donc les 10 observations de formes légères où la rupture des membranes est indiquée comme siégeant à moins de 10 cm du bord placentaire, nous formuleront certaines réserves à propos de 6 observations où la rupture siégea à moins de 5 cm et surtout sur 3 d'entre elles où cette rupture fut constatée au ras même du bord placentaire.

Dans la publication de nos observations, nous mettrons donc à part les trois premières et nous nous croyons autorisés à supprimer de notre statistique les trois dernières, ce qui ramène à 22 le total de nos observations de décollement prématuré du placenta normalement inséré et à 11 les formes légères de ce décollement, des réserves étant, nous le répétons, à

formuler pour les 3 premières de nos 11 observations restantes.

Ce sont ces vingt-deux observations que nous allons d'abord publier et dont nous analyserons ensuite les caractères essentiels de façon à dégager les conclusions cliniques qui nous paraîtront communes aux cas de décollement du placenta normalement inséré observés à la Clinique obstétricale. Puis, nous arrêtant spécialement aux formes graves à propos desquelles, on le devine, le problème thérapeutique est surtout important, nous discuterons la conduite tenue dans les différents cas et chercherons à en tirer une conclusion relative aux indications et spécialement aux indications chirurgicales qui peuvent se poser en pareille occurrence.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

I. FORMES LÉGÈRES (*Observations résumées*)

a) Cas où la rupture des membranes eut lieu à moins de 5 cms du bord placentaire.

Observations I. — in thèse Gaston 1906.

M. G. 25 Novembre 1904. IX^e pare. Grossesse de six mois et demie. Hémorragie interne trois semaines avant l'accouchement. Accouchement spontané d'un fœtus macéré. Délivrance spontanée. Placenta avec caillots rétro-placentaires anciens. Albuminurie massive. Longueur du cordon : 28 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 4 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observations II. — F. B. III^e pare, 8 Juin 1917. Grossesse de sept mois. Hémorragie interne légère. Expulsion de caillots et de sang rouge pendant le travail. Pas de symptômes généraux graves. Présentation de l'épaule avec procidence du cordon, transformée spontanément en siège. Expulsion spontanée d'un enfant mort. Délivrance spontanée, caillots rétro-placentaires. Albuminurie légère. Longueur du cordon : 38 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 3 cm du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observations III. D. M. 32 ans, primipare, 24 Juin 1917. Grossesse de 8 mois et demie. Hémorragie externe survenue brusquement. Rupture artificielle des membranes à col dilaté à 1 cm. Auscultation fœtale négative dès l'entrée. Accouchement spontané quatorze heures après la rupture des membranes. Expulsion des 300 grammes de caillots après la sortie de l'enfant, 100 grammes adhérent encore au placenta qui est expulsé dix minutes après l'accouchement. Placenta renfermant de nombreux infarctus et présentant sur la face utérine une cupule avec 100 gr. de caillots.

Longueur du cordon : 50 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 2 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

b) Cas où la rupture des membranes eut lieu à plus de 5 cms. du bord placentaire.

Observations I. — M. C. primipare, 6 Octobre 1906. Grossesse de sept mois et demie. Douleurs abdominales légères. Hémorragie externe faible. Symptômes généraux d'intensité moyenne. Rupture artificielle des membranes à col dilaté. Expulsion spontanée d'un enfant vivant. Délivrance spontanée. Caillots adhérents à la face maternelle du placenta. Traces d'albumine. Longueur du cordon 43 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 12 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observations II. — A. V. III^e pare, 30 Novembre 1908. Grossesse de sept mois. Hémorragie externe à début insidieux. Symptômes généraux d'intensité moyenne. Rupture artificielle des membranes à col dilaté à 2 cms. Présentation du siège dont on abaisse un pied dans le col. Extraction du siège sans incidents. Enfant non ranimé. Délivrance spontanée. Traces de décollement partiel du placenta. Longueur du cordon : 34 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 10 cms du bord placentaire. Pas d'albumine. Suites de couches normales.

Observations III. — N. C. primipare, 5 Février 1912. Grossesse de six mois et demie. Hémorragie à début insidieux. Pas de symptômes généraux graves. Rupture spontanée des membranes. Expulsion spontanée d'un enfant mort. Délivrance spontanée avec cupule nette à la face maternelle du placenta. Albuminurie massive. Symptômes d'éclampsisme. Longueur du cordon : 42 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu = central. Suites de couches normales.

Observations IV. — E. B. primipare, 8 Juillet 1913. Grossesse de huit mois. Femme arrivée avec un tamponnement fait en ville par son médecin. Etat général conservé. Pas d'hémorragie dans le service. Expulsion spontanée d'un enfant mort. Délivrance spontanée ; caillots rétro-placentaires. Pas d'albumine. Longueur du cor-

don : 50 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 11 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observations V. — J. P. primipare, 12 Octobre 1914. Grossesse de sept mois environ. Hémorragie externe. Expulsion spontanée d'un enfant mort à la fin du travail. Délivrance spontanée. Caillots noirs rétro-placentaires. Pas d'albumine. Longueur du cordon : 56 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 7 cms du bord placentaire. Suites de couches sub-fébriles.

Observations VI. — F. C. primipare, 21 Octobre 1914. Grossesse de sept mois et demie. Hémorragie externe insidieuse. Symptômes généraux d'intensité moyenne. Rupture artificielle des membranes à col dilaté à 2 cms. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Délivrance spontanée. Placenta bourré d'infarctus. Albuminurie massive. Longueur du cordon non signalée. Point où la rupture des membranes eut lieu : 6 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observation VII. — E. C. II^e pare, 18 Juin 1917. Grossesse à terme. Hémorragie interne. Etat général sans gravité. Accouchement spontané d'un enfant mort. Délivrance spontanée avec une grande quantité de caillots. Albuminurie légère. Longueur du cordon : 60 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 6 cms du bord placentaire. Suites de couches normales.

Observation VIII. — E. B. primipare 28 Janvier 1918. Grossesse de huit mois. Hémorragie mixte légère. Rupture artificielle des membranes à 3 cms de dilatation. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Délivrance spontanée avec caillots rétro-placentaires. Albuminurie légère. Crises dites épileptiques. Longueur du cordon : 60 cms. Point où la rupture des membranes eut lieu : 6 cms du bord placentaire.

II. FORMES GRAVES

Observation I. — in thèse de Gaston 1906.

A. B. 21 ans, primipare, 11 Avril 1905. Rien de particulier dans les antécédents sauf une crise de rhumatisme aigu et de l'anémie à l'âge de quatorze ans.

Dernières règles le 16 Octobre 1904. Grossesse de six mois. Quelques maux de tête et des vomissements au début.

11 Avril. — La malade qui avait eu un petit écoulement sanguin le 26 mars, ressent aujourd'hui une douleur brusque lombodominale et a en même temps des pertes sanguines.

12 Avril 8 h. — Douleurs persistantes. H. U. = 27 cms. Utérus tendu « comme du bois ». Consistance uniforme sauf au niveau de la corne gauche où l'on a une impression de fluctuation. Auscultation fœtale négative. Col dur et résistant, entr'ouvert au niveau de l'orifice externe. Il persiste un suintement sanguin plutôt qu'une véritable hémorragie. Malade pâle, muqueuses décolorées, pouls à 88. Pas de phénomènes syncopaux. Les urines renferment de l'albumine.

12 Avril 18 h. — Persistance du suintement. Utérus moins tendu. H. U. — 25 cms. Etat général satisfaisant.

13 Avril. — Pas d'incidents.

14 Avril 8 h. — Douleurs réapparues depuis 1 h. du matin. Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané en siège décomplété mode des fesses d'un enfant mort de 800 gr. Expulsion immédiate du placenta derrière lequel il y a 800 gr. de caillots.

Examen du placenta. — Placenta de 210 gr. à peu près circulaire divisible en deux zones distinctes : l'une atrophiée dont la coupe montre une caduque épaissie et un tissu placentaire atelectasié dont il ne reste que des travées fibreuses. L'autre de teinte brun chocolat limitée par un rebord saillant dont le fond est une cavité large de 4 cms de diamètre, tapissée de fibrine coagulée blanche. Plus de tissu placentaire sain. A la périphérie la surface placentaire est grenue, recouverte de caillots adhérents. Il reste un peu de placenta sain sur le bord. La surface fœtale ne présente rien d'anormal. Suites de couches normales.

Observation II. — M. M. 34 ans, II^e pare, 26 Avril 1905. A eu une fausse couche après son premier accouchement. Rien de particulier dans les antécédents.

Dernières règles le 15 Aout. Grossesse de huit mois à évolution normale. A 8 h., le 16 Avril, malaise brusque. Imminence de

syncope. Transport à la Charité où elle arrive à 14 h. Malade pâle, état subsyncopal, se plaignant constamment. Pouls à 120. Dilatation à 2 cms. Poche des eaux intacte. Pas de placenta au pourtour de l'orifice utérin. H. U. — 34 cms. Utérus dur, ligneux sauf au niveau de la corne gauche où il existe une fluctuation nette. Douleurs abdominales sans arrêt. Albuminurie massive.

16 h. — Même état. La dilatation ne progresse pas. Pouls à 120.

18 h. — Le pouls s'accélère à nouveau. On pratique la rupture artificielle des membranes, le col étant dilaté à 5 cms. et souple. Auscultation fœtale négative. La tête est en O. I. D. P. Forceps, tractions modérées. L'extraction est simple.

Le placenta suit immédiatement l'enfant et 1000 grs. de caillots pesés sont évacués derrière lui. Placenta de 420 grs. qui, à part la zone périphérique d'aspect normal est uniformément de teinte blanchâtre avec ça et là quelques nodules indurées.

Observation III. — M. D. 20 ans primipare, 29 septembre 1905. Rien à signaler dans les antécédents. Ignore la date de ses dernières règles. Grossesse probable de six mois et demie au cours de laquelle et depuis le début elle présente de l'œdème bi-malléolaire. Albuminurie.

28 Septembre 18 h. 30. — Douleur brusque abdominale et hémorragie externe abondante.

23 h. 30. — La malade entrée à la Charité à 22 h. souffre sans cesse de l'abdomen. Faciès très pâle. Etat sub-syncopal. Utérus ligneux. Auscultation fœtale négative. Le col est résistant mesurant encore 3 cm. de longueur et n'est perméable qu'à un doigt. Les membranes sont très tendues. Rupture artificielle des membranes. Il s'écoule 100 gr. de liquide teinté. Etat général de plus en plus grave.

29 Septembre 2 h. — On donne un peu d'éther à la malade. Lavement de chloral, puis anesthésie complète. Dilatation digitale du col (Prof. Fabre). Craniotomie aux ciseaux de Blot. Extraction au moyen de la pince à os d'un enfant de 1190 gr. Extraction facile suivie de l'expulsion de 500 gr. de caillots. Délivrance spontanée.

Placenta de 360 gr. complet, circulaire, présentant des concrétions crétacées et des foyers hémorragiques sur sa face utérine. Suites de couches fébriles avec température élevée persistante, la recherche du streptocoque étant restée négative. Sortie complètement guérie à la fin de la septième semaine.

Observation IV. — (in thèse Gaston 1906).

M. B. 28 ans, primipare, 12 Mai 1906. Grossesse de six mois et demie. Malade amenée dans un état très grave à 15 h. Elle aurait eu à 13 h. une hémorragie brusque. A l'heure actuelle elle est dans un état de choc accusé avec téguments pâles et muqueuses exangues. Albuminurie. Le pouls bat à 76 de tension infime H. U. = 27, utérus ligneux. Suintement sanguin à la vulve. Au toucher dilatation à 2 cm. 5, membranes intactes, 1000 gr. de sérum sous les seins.

16 h. — Tamponnement vaginal avec 2 m. 20 de gaz aseptique (Dr. Gonnet, Chef de Clinique).

16 h. 15. — Persistance de l'hémorragie, mise en place d'un ballon de Champetier sous anesthésie à l'éther.

16 h. 50. — Pouls à 104. La malade délire. Nouvelle injection de 200 gr. de sérum artificiel.

17 h. — Ablation du ballon. Essai de dilatation de l'orifice interne. Rupture des membranes. En raison de l'insuccès de ces manœuvres de dilatation, section de l'orifice externe puis de la partie inférieure de l'orifice interne. Perforation du crâne. Extraction tentée sans succès. Nouveau tamponnement intra-utérin et vaginal.

19 h. — Le pouls reste à 78. La malade à qui on a fait à nouveau 500 gr. de sérum est dans un état stationnaire.

19 h. 20. — Le Professeur Fabre décide de faire une césarienne vaginale en raison de l'impossibilité de dilater le col. Césarienne classique. Embryotomie par section d'un bras puis de la tête du fœtus, le corps étant extrait finalement. Sutures, mèches. Opération terminée à 20 h. 25, pouls à 140.

13 Mai. — Etat satisfaisant. Pouls à 118, température 38°. L'Albuminurie très marquée au moment de l'entrée diminue.

23 Mai. — Malade encore pâle et anémiée, présentant des troubles de la vue (brouillards diplopie) mais plus d'albumine ; température inférieure à 38°. Ablation des fils ; cicatrisation incomplète en arrière.

14 Juin. — A part une élévation de température consécutive à l'ablation des fils, la malade n'a rien présenté de particulier sauf une anémie très accusée et un névrosisme prononcé.

Examen du placenta. — A peu près circulaire. La face utérine peut être divisée en deux zones. L'une mince et blanche aplatie, atrophiée dont la coupe montre une caduque épaissie et un tissu placentaire atelectasié au sein duquel il ne reste que des travées fibreuses. L'autre de teinte brun chocolat, limitée par un rebord saillant dont le fond est tapissé de fibrine coagulée brunâtre. Autour de cette excavation la surface placentaire est grenue, recouverte de caillots adhérents. La face fœtale ne présente rien de particulier.

Observation V. — in Bulletin Soc. d'Obst. de Paris (Février 1910).

J. M. 26 ans, 12 Mars 1908. Les antécédents héréditaires ne présentaient rien de particulier ; par contre dans ses antécédents personnels nous trouvons signalée d'une façon certaine la syphilis. La malade était à sa 6^e grossesse. Deux de ses grossesses, la première en Septembre 1901 et la dernière en 1907 s'étaient terminées par l'expulsion d'enfants macérés. En outre deux autres de ses enfants nés vivants avaient présenté du pemphigus plantaire.

La grossesse actuelle dont le début remontait d'après la date des dernières règles à six mois et demie, s'était passée jusque là sans incidents. C'est dans la journée même qu'apparurent les premiers troubles pour lesquels la malade entra à la Clinique.

Le matin à 7 h. la malade s'était rendue comme de coutume à son travail. A 8 h. elle ressentit pour la première fois quelques douleurs de reins ; à 10 h. les douleurs devinrent plus violentes et l'obligèrent à rentrer chez elle ; depuis ce moment elles ont toujours persisté. En même temps depuis le début des douleurs la malade avait remarqué nettement que son ventre augmentait de volume. Vers 16 h. se produisit une légère hémorragie externe ; la malade inquiète entra alors dans le service.

Au moment de l'entrée à 17 h. elle ne présentait au premier abord aucun trouble inquiétant ; elle pouvait marcher, racontait son histoire ; elle n'avait ni syncope ni vertiges, elle était plutôt calme et paraissait étonnée des soins dont on l'entourait.

A l'examen, on notait cependant une décoloration assez nette des téguments et particulièrement des lèvres. Le pouls était faible mais le nombre de pulsations n'était que de 76 à la minute. Albuminurie marquée. H. U. = 30 cms. L'utérus était très dur, ligneux, hypertendu. Les bruits du cœur fœtal ne furent pas perçus. Le toucher montra un col dilaté à peine à 1 cm. : la poche des eaux s'était rompue spontanément. On porte le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Après une injection de sérum artificiel le col ayant subi un léger commencement de dilatation et les douleurs d'une durée d'une minute étant assez rapprochées on tenta de compléter la dilatation par la méthode de Bonnaire. Malgré la résistance du col, au bout d'un quart d'heure on arriva à porter la dilatation à 6 cm. environ. Mais il fut malheureusement impossible d'aller plus loin et au bout d'une heure elle n'avait pas progressé d'avantage. A ce moment bien que le pouls ne fut qu'à 88, l'état général était mauvais et l'on se décida à pratiquer la craniotomie. Après réduction de la tête, l'extraction se fit sans grande difficulté mais elle s'accompagna d'une violente hémorragie. A la suite du fœtus furent expulsés le placenta et une masse de caillots de 675 gr. L'exploration digitale vaginale montra une large déchirure de 6 cm. sur la paroi latérale droite du segment inférieur. A cause de la gravité de l'état de la malade on se contenta de tamponner la plaie. La malade mourut à 9 h. 45.

Parmi les pièces provenant de ce cas nous avons pu examiner au point de vue histologique que le placenta. Celui-ci, malgré son faible poids et son rapport normal par rapport au poids du fœtus 1920/300 présentait des lésions spécifiques nettes et notamment une endartérite très marquée. En outre du côté de la muqueuse limitant la base maternelle du placenta nous avons retrouvé la lésion décrite par notre maître le Prof. Fabre dans la thèse de Gaston (Lyon 1906) sous le nom de « métrite alvéolaire ».

Observation VI. — in thèse Risser 1910.

J. R. 31 ans, VI^e pare, 20 Février 1909. Pas de syphilis. Pas de tuberculose, tibias rachitiques. Au premier accouchement, application de forceps ; 3 enfants en bonne santé ; 2 morts de méningite à 7 et à 9 mois.

Les dernières règles sont du 2 au 4 Juin ; accouchement probable le 9 Mars 1919. La grossesse actuelle fut normale.

Le 20 Février, à 16 h. la malade se mit à perdre beaucoup de sang en même temps qu'elle sentait des douleurs très fortes. A 21 h. 15 elle est apportée à la Clinique, dont elle monte l'escalier seule.

Examinée immédiatement on lui trouve un gros disque d'albumine. H. U. = 33 cm. L'utérus est tendu, de bois ; la tête difficilement délimitée est engagée.

Auscultation fœtale négative. Le col se dilate à peine. Bientôt la poche des eaux se rompt, mais la dilatation reste à 1 franc. Cependant l'état général de la malade s'altère de minute en minute. Les pulsations de 80 à l'arrivée sont de 108 à 22 h. le suintement sanguin semble augmenter. On touche : une certaine quantité de sang s'échappe et le pouls atteint alors 140. Les pulsations cardiaques deviennent faibles, molles, dépressibles, filantes. La respiration également est pénible, le faciès est anxieux, un peu hagard, la soif vive.

On fait le diagnostic de décollement prématuré du placenta normalement inséré et l'on décide d'intervenir aussitôt.

Anesthésie à l'éther. Le pouls semble alors devenir meilleur mais cette amélioration ne dure pas. On décolle la vessie, le rectum et l'on pratique les incisions ordinaires jusqu'à ce qu'on se trouve en face d'une ouverture de 12 cm. de diamètre.

On n'a toujours aucun signe de vie du fœtus ; on pratique alors la craniotomie. L'opération avait duré trois quarts d'heure en tout. L'enfant pesait 1430 gr., le placenta 385 ; enfin on avait extrait 280 gr. de caillots.

Malgré les injections de sérum, de caféine et d'éther, la respiration d'oxygène, la malade succomba peu après.

Observation VII. — J. B. 39 ans, VIII^e pare, 2 Mai 1913.

Rien à signaler dans les antécédents. La malade est à son huitième accouchement et la grossesse actuelle n'a présenté jusqu'au 10 Avril aucun incident. Dernières règles du 20 au 23 Sept. 1912. Accouchement probable aux environs du 29 Juin 1913. Début brusque des douleurs le 1er Mai à 18 h. sans prodromes. La malade entre à la salle des douleurs à 20 h. A l'entrée la température est de 37° 6, pouls à 68. Au toucher le segment inférieur n'est pas constitué, le col a une longueur de 3 cm. dur, non dilaté. Le palper est impossible en raison de la dureté considérable de l'utérus. On entend plus les bruits du cœur fœtal. La malade a des douleurs continuelles qui débutent dans la région lombaire pour s'irradier vers le pubis. Le 2 Mai, dans la nuit, première hémorragie de 80 gr. de sang pur vers 4 h. du matin. A 6 h. 30 deuxième hémorragie d'environ 150 gr. La poche des eaux est rompue la dilatation se fait rapidement. Albuminurie massive. A 8 h. 30 la malade prend un malaise, pâlit, a des bourdonnements d'oreille et baille. Ses lèvres sont décollées. A 9 h. 15 la malade éprouve le besoin de pousser H. U. = 32 cm. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus ; le pouls bat à 95. A 9 h. 25 dégagement rapide d'une tête peu volumineuse en O. P. Enfant mort. Dix minutes après délivrance naturelle. Gros hématome rétro-placentaire avec 660 gr. de caillots.

Examen du placenta. — Placenta ovalaire de 295 gr. bourré d'infarctus de la grosseur d'une lentille. Suites de couches normales.

Observation VIII. — J. A. 38 ans, IX pare, 1er Sept. 1915.

Grossesse de huit mois. Aurait eu à sa grossesse précédente une hémorragie qui aurait provoqué la mort de l'enfant et à la suite de laquelle elle serait restée quatre jours sans voir clair.

26 Sept. 4 h. La malade est entrée à la Clinique à 1 h. ayant eu une hémorragie externe abondante. Etat syncopal. Au toucher le col non effacé, dilaté à 1 cm., présentation du sommet ; membranes tendues. Albuminurie considérable. Auscultation fœtale négative.

4 h. 30. — Dilacération des membranes à la pince d'Hégart. Ecoulement abondant d'un liquide rose. Les douleurs se rapprochent ; la malade est très agitée.

6 h. 50. — Expulsion brusque d'un enfant mort de 2.330 gr. immédiatement suivie de l'expulsion de 1.200 gr. de caillots et du placenta de 580 gr. avec deux infarctus et empreinte de décollement sur les trois quarts de la face utérine. Suites de couches normales.

Observation IX. — B. femme D. 20 ans, II^e pare, 10 Mai 1919.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Date des premiers pas ignorés. Croit avoir été nourrie au biberon. Scarlatine à 9 ans. Bonne santé habituelle. Premières règles à 13 ans, irrégulières, peu abondantes et douloureuses. Première grossesse bien supportée et sans incidents. Enfant mort de méningite à un mois.

Grossesse actuelle : la malade a eu ses dernières règles du 10 au 14 Sept. 1918. Grossesse de huit mois environ bien supportée, quelques vomissements au début. Il y a dix jours, la malade consulte un médecin qui sans lui donner d'autres explications lui conseille d'accoucher à la Charité.

La malade entre à la Clinique le 10 Mai à 17 h. Elle est vue à ce moment par M. Bouget qui porte immédiatement le diagnostic de décollement prématuré du placenta en raison des symptômes suivants :

La malade qui, jusque-là, se portait bien est pâle, présente un état sub-syncopal avec de l'angoisse, des baillements, des bourdonnements d'oreille et elle dit avoir ressenti à 10 h. du matin une douleur abdominale brusque suivie d'une impression constante de douleur lombo-abdominale.

A l'examen clinique, la malade, outre les symptômes d'anémie grave signalés, présente un pouls qui bat à 60, très dépressible. L'utérus est dur, très tendu et sa hauteur est de 36 cm. (alors que la hauteur mesurée le 5 Mai à la consultation des femmes enceintes était de 27 cm.). Au toucher fait par la sœur Cheftaine, le col se montre légèrement entr'ouvert conservant sa longueur et sa dureté. La malade qui sentait très bien bouger son enfant dit que depuis 10 h. du matin elle n'a perçu aucun mouvement. L'auscultation fœtale est négative. Le palper ne révèle que la dureté ligneuse de l'utérus : un diagnostic de position est impossible. Les urines montrent un disque d'albumine considérable à type

cailleboté. On donne à la malade 2 gr. de chloral et un lavement purgatif, puis on prend un tracé hystérogaphique qui ne révèle aucune espèce de contraction. A 18 h. 30 la malade dont l'état général était très légèrement remonté avec un pouls toujours à 60, mais un peu moins dépressible, prend brusquement une hémorragie que l'on peut évaluer à 700 gr., l'écoulement sanguin étant caractérisé par sa fluidité. M. le Prof. Fabre voit alors la malade dont l'état est le suivant :

1) *Etat général* : symptômes d'anémie grave.

2) *Utérus* : tendu, mais la tension légèrement diminuée permet de percevoir et de localiser au niveau de la corne utérine gauche, un épanchement sanguin avec caillots.

3) *Toucher* (M. Renther chef de Clinique), col dilaté à 1 cm. long de 1 cm. et paraissant extensible. La poche des eaux est intacte.

M. le Prof. Fabre pose les indications suivantes :

a) Dilatation digitale (procédé Bonnaire).

b) Craniotomie et prise avec la pince à os dès que le col sera suffisamment dilaté ou dilatable.

c) Délivrance artificielle.

A 19 h. M. Renther commence l'intervention pendant que la malade est anesthésiée à l'éther. La dilatation artificielle du col est lente, très pénible mais progresse de façon très régulière et au bout d'une heure on obtient une dilatation de 7 cm. environ. A ce moment les membranes qui jusque-là formaient une poche des eaux de plus en plus piriforme et tendue se rompent en donnant issue à un liquide franchement hématique.

A deux reprises le pouls qui se maintenait à basse tension et entre 60 et 80 pulsations, a fléchi complètement et la malade a présenté des lipothymies. — On introduit les ciseaux de Blot et on pratique la craniotomie sans difficulté. Le cranioclaste est alors mis en place et l'on exerce des tractions lentes, soutenues, sans perdre le contact avec le col utérin dont on explore constamment le pourtour. Progressivement on fait passer la tête fœtale préalablement vidée de sa matière cérébrale, puis le tronc. Immédiatement après à 20 h. 30 on pratique la délivrance artificielle imposée par l'écoulement sanguin qui cependant ne revêt pas le caractère d'une hé-

morragie brutale et par la nécessité de réduire au minimum la perte à subir par la malade.

Le placenta est trouvé complètement décollé et c'est bien au niveau de la corne gauche que l'on trouve un amas de caillots pesant 500 gr. On fait suivre d'une injection intra-utérine térébenthinée chaude. La malade à ce moment est dans un état grave. Pouls dépressible avec faux-pas, battant à 130. Un litre de sérum glucosé dans la région rétro-mammaire et 10^{cc} d'huile camphrée. L'utérus passe par des alternatives de contraction pendant lesquelles la malade ne perd rien et de relâchement pendant lesquelles s'établit un suintement sanguin qui ne revêt jamais le caractère d'hémorragie abondante. Seconde injection de Tarnier, pituitrine, ergotine, seule la compression pubio-mamelle modérée et soutenue, alternant avec de légères frictions de l'utérus arrête l'écoulement sanguin. A 20 h. 3/4 état alarmant. Syncopes revenant tous les quarts d'heure.

Administration de 2^{cc} d'adrénaline et de 1 gr. de chloral : les syncopes se succèdent d'heure en heure. Entre temps, on a fait respirer à la malade six ballons d'oxygène, injecté 1.000 gr. de sérum glucosé, 40^{cc} d'huile camphrée, 4^{cc} de caféine et au total 5 gr. de chloral à petites doses. — Au matin lavage vaginal à l'eau, thé-rébinthinée ; sondage : on recueille 500 gr. d'urine ; léger disque d'albumine. A 10 h. température = 38° 2, pouls à 120. L'amélioration s'accroît, à 16 h. état général satisfaisant, soit moins vive ; la malade prend 150 gr. de lait froid. Miction spontanée de 800 gr. d'urine claire avec disque d'albumine à peine perceptible. A 20 h. elle urine encore 800 gr.

Examen du placenta. — Membranes rompues près du bord placentaire. Infarctus, les uns blancs, les autres rouges. On note également sur un quart de la zone placentaire une zone où le placenta est exangue.

12 Mai. — Bon état général. Pouls à 100. Tension 16/7 Urine 1500 gr. dans les douze heures du 11 Mai 6 h. à 18 h. le même jour. Disque léger d'albuminé. Guérison.

Observation X. — J. née D. 30 ans III^e pare, 3 Aout 1919.

Bonne santé habituelle. A sa première grossesse la malade dit « qu'elle a eu son enfant à six mois et demie avec une hémorra-

gie avant que l'enfant soit sorti » et ajoute que la sage femme a remarqué que « la délivrance venait avant » Soignée par un médecin de Charrieux. Suites de couches normales. — Seconde grossesse en 1917, deux ans après la première. Grossesse normale. Accouchement à l'hôpital de Roanne d'un enfant du poids de 2.200 g. (7 mois). On ne fit pas à ce moment d'analyse d'urine. Cet enfant meurt treize jours après. Dans l'intervalle bonne santé.

Ses dernières règles ont eu lieu du 24 Nov. au 2 Déc. 1910 ce qui porte l'accouchement probable aux environs du 6 Sept. 1919. Renseignements très précisés par la malade avec cependant cette réserve qu'elle aurait eu des règles abondantes le 1er Nov. alors que celles du 26 auraient été beaucoup moins fortes, tout en ayant duré le délai indiqué plus haut. Pas de vomissements. La première analyse d'urine fut faite vers le 20 Juillet par l'accoucheuse Mme D. le résultat fut négatif. — Le 3 Aout, douleur abdominale subite en « coup de poignard » à 11 h. du matin, qui fut suivie d'une impression de gêne, de ballonnement et à partir de laquelle la malade qui avait senti bouger son enfant à 9 h. du matin ne perçut plus aucun mouvement. A 14 h. les nouvelles douleurs et à partir de ce moment la malade dit avoir eu des étourdissements sans cependant avoir perdu connaissance. Elle fait appeler la sage-femme une première fois à midi ; n'étant pas couchée elle est simplement palpée au travers de ses vêtements ; on lui conseille le repos et un peu de laudanum. Dans l'après-midi, devant les douleurs et les nausées qu'elle ressent, elle fait appeler une deuxième fois la sage-femme qui, ne l'ayant pas palpée depuis une huitaine de jours, constate une augmentation de volume considérable de l'utérus. Pensant alors à un décollement du placenta normalement inséré, elle fait appeler le Dr. J. qui envoie la malade à la Charité où elle arrive à 20 h. vue par la sœur de service à son arrivée. Température 37° 2 Pouls — 80, de tension moyenne. Faciès très pâle. Lèvres décolorées. Pas de troubles visuels. Pas de baillements. Pas d'hémorragie externe. Effrayée par la hauteur utérine qui est de 41 cm. avec 97 cm. de circonférence et absence des bruits du cœur fœtal, on fait appeler le Chef de Clinique. A ce moment le toucher fait constater un col effacé, dilaté à 2 cm. avec segment inférieur en voie de constitution, poche

des eaux intacte et tête mobile. Dans les urines, disque cailleboté d'albuminie.

21 h. (M. Renthier Chef de Clinique). On constate un utérus de bois. Caillots probable dans la corne gauche. Auscultation négative. Pouls à 100. Col à 2 cm., paraissant dilatable; poche des eaux saillante.

21 h. 30. Anesthésie intermittente à l'éther. Dilatation manuelle pendant 45 minutes. On arrive à 7 cm. au moment où les membranes se rompent; le liquide expulsé est un peu coloré. La malade en demi-anesthésie a trois contractions qui font franchir le col à la tête. Extraction très simple avec trois tractions au forceps. Enfant mort avec nœud au cordon peu serré. Pendant l'intervention écoulement de sang ayant cheminé entre les membranes et la paroi interne de l'utérus. Immédiatement après l'extraction, expulsion brusque de caillots et de sang noir. Délivrance manuelle. La quantité totale du sang est évaluée à 1.900 gr. Injection thérébenthinée intra-utérine. Pouls bon à 120. — Tout est terminé à 22 h. La malade va bien, mais une heure après, commencent des syncopes qui se succèdent à peu de distance, durant environ trois minutes et revenant toutes les quatre minutes. On fait encore 1^{re} d'adrénaline, 20^{cc} d'huile camphrée 1^{re} de caféine, 700 gr. de sérum glucosé.

A 22 h. 30 suintement sanguin noirâtre, on fait un lavage à la solution de Tarnier qui l'arrête. Amélioration. A partir de 2 h. du matin pas de nouvelle syncopes. De 3 h. à 6 h. grosse agitation; on donne 2 gr. de chloral. Au matin T. = 32° 2, pouls à 100. Etat général assez bon. La malade est transportée dans la salle des accouchées. Tension 15/10. Suites de couches normales.

Examen du placenta. — Placenta aplati en galette avec caillots non adhérents.

Observation XI. — A. M. 37 ans, III^e pare.

Premier enfant 16 ans, deuxième 14 ans bien portant. Accouchements sans incidents, pas de fausses couches depuis. Entre à la Clinique le 17 Août 1919 à 21 h. Etat très grave, pâleur intense, dyspnée, tendances syncopales. Elle raconte l'histoire suivante:

Le vendredi 15 dans la matinée étant couchée elle aurait senti son enfant faire un brusque mouvement en même temps qu'elle

éprouvait une douleur très vive dans l'abdomen. Depuis elle n'a plus senti bouger l'enfant. La journée de vendredi fut marquée par des malaises, la malade était pâle, voyait un peu tourner autour d'elle, elle souffrait du ventre, mais elle pu cependant vacquer à ses occupations. Elle put dormir dans la nuit de vendredi à samedi mais seulement par moments. Samedi les douleurs allèrent en augmentant, les malaises généraux s'aggravant ; la nuit de samedi à dimanche fut très mauvaise et dimanche matin, elle eut une hémorragie externe abondante. Cette hémorragie continua en suintant jusqu'à 15 h. puis s'arrêta. Elle vit une sage-femme à 9 h. du matin, puis à 15 h. et ce fut à ce moment que l'envoi à la Charité fut décidé. A 21 h. examen par la sœur Cheftaine : malade très pâle se plaignant de douleurs continues dans l'abdomen et surtout dans les reins. Utérus tendu où tout palper est impossible H. U. = 33. Au toucher, le col conserve toute sa longueur sans aucun début de dilatation. Segment non constitué tête perceptible au contact du détroit supérieur. A ce moment on ne constate pas d'hémorragie externe. Les dernières règles datent du 7 au 11 Décembre ; accouchement probable vers le 16 Sept. donc grossesse de huit mois. Les urines recueillies à la sonde renferment un disque épais d'albumine. A 22 h. 30 H. U. = 35 cm. donc 2 cm. d'augmentation en une heure et demie. Un peu de sang rouge ensuite à la vulve.

M. Renther, Chef de Clinique examine la malade : état général grave, la malade est d'une pâleur extrême. Elle baille, a de courtes syncopes, des nausées et une tendance au sub-délire. Le poulx bat à 80 de tension faible mais soutenue cependant sauf quelques intermittences. L'utérus donne nettement l'impression de l'utérus de bois et il est impossible de faire aucun diagnostic par le palper. Hémorragie externe modérée mais continue de sang rouge, qui au toucher devient plus abondante avec issue de sang noir : le col est long de 2 cm. 5 complètement fermé au niveau de l'orifice interne. Le segment est inexistant et l'on perçoit la tête amorcée. Néanmoins, comme il s'agit d'une multipare et bien que le dernier accouchement remonte à 14 ans, on décide de tenter la dilatation digitale. Sous anesthésie à l'éther, on arrive à insinuer l'index dans le col, après avoir d'ailleurs assisté à une hémorragie externe de sang

noir assez abondante. Le doigt est bridé sur tout le pourtour du col et c'est à grand peine que l'on arrive en une demie-heure à obtenir une dilatation permettant de faire jouer l'index dans le canal cervical. A ce moment la malade maintenue en demie anesthésie, pousse un peu et les membranes se rompent donnant issue à un liquide franchement sanglant. Devant l'insuccès des manœuvres digitales l'état général de la malade se maintenant sensiblement identique, avec seulement quelques irrégularités du poulx, on introduit sans difficultés un ballon moyen de Champetier et on remet la malade dans son lit. Il est alors minuit. II. U. = 33 depuis la rupture des membranes*

2 h. — La malade n'a pas été perdue de vue, son état général paraît un peu plus alarmant. Il s'écoule par intermittences autour du ballon une assez grande quantité de sang noir. Quelques douleurs lombaires. La hauteur utérine mesurée de quart d'heure en quart d'heure mesure toujours 33 cm. Au toucher on constate que le col ne s'est en rien modifié. En présence de :

1° l'état général de la malade qui va en s'aggravant tant au point de vue des symptômes qu'au point de vue du poulx dont le rythme reste à 80 mais dont la tension est infime ;

2° l'état de l'utérus qui tend à se tétaniser.

3° la persistance d'un écoulement sanguin à la vulve.

4° l'état du col que toutes les manœuvres n'ont en rien modifié et qui présente un véritable caractère de rigidité : On décide de pratiquer une césarienne vaginale. (MM. Renther et Bouget).

A 2 h. 30. — Intervention classique en se bornant à inciser après colpotomie antérieure et refoulement de la vessie au tampon, la lèvre antérieure, puis le segment sur une hauteur totale d'environ 8 cm. La seule difficulté rencontrée tenant à la friabilité de la partie droite du col qui cède sous la pince. Aucune hémorragie importante ; aucun phénomène de shock pendant l'intervention elle-même. Craniotomie mise en place de la pince à os et tractions très modérées dans l'axe ombilico-coccygien une fois bien évacuée la matière cérébrale. L'extraction se passe sans incident et une fois le fœtus extrait et la délivrance artificielle pratiquée on constate que la brèche cervico-segmentaire n'a subi au-

cun agrandissement. Suture au néo-catgut du col et du segment. L'incision de la colpotomie antérieure n'est pas suturée.

La délivrance artificielle a été caractérisée par le fait que le placenta était à peu près libre dans la cavité utérine et que celle-ci était littéralement remplie de caillots noirs. Mais si le malade au cours de la partie chirurgicale de l'intervention n'a accusé aucun phénomène de shock, il n'en fut pas de même dès que fut pratiquée l'évacuation utérine. La tension du poulx devint presque imperceptible. Le rythme passant brusquement de 80 à 130 en même temps que la pâleur devenait extrême (l'anesthésie à l'éther fut pratiquée à doses tout à fait infimes et de façon discontinue). La malade avait été reportée dans son lit à 3 h. 30, la durée totale de l'intervention n'ayant pas dépassée trois quarts d'heure. Cet état persista jusque vers midi ayant subi entre 5 et 6 h. une aggravation considérable au point de faire craindre à une issue fatale immédiate.

Le traitement appliqué jusque-là consista dans 2 litres de sérum glucosé injecté dans le tissu rétro-mammaire et 2 l. 5, en Murphy ; 4 injections d' 1/4 de milligr. d'adrénaline, 5^{cc} de caféine ; 100^{cc} d'huile camphrée. Vers 14 h. on put quitter la malade dont l'état général est relativement satisfaisant.

19 Août. — Aucun incident nouveau. Poulx à 100. Tension 13,50/10, température — 38° 3. La malade a urinée spontanément.

20 Août. — Cephalée légère. Involution utérine et écoulement des lochies normaux. Léger météorisme abdominal.

2 Sept. — La tension sanguine remonte régulièrement. Les suites de couches ont été tout à fait normales. La malade a présenté une température qui n'atteint 39° que le deuxième soir. Elle est complètement apyrétique depuis plusieurs jours. Au toucher et à l'examen avec des valves on constate un utérus de volume normal tendant un peu à la rétroversion. Le col présente un orifice linéaire transversal avec à droite deux petites cicatrices remontant un peu sur son bord latéral, la cicatrice d'incision antérieure est souple. La cicatrice de la colpotomie est orientée transversalement dans la moitié gauche du cul-de-sac puis déviée au point de deve-

nir franchement antéro-postérieure à droite. — La malade va très bien, plus d'albumine, aspect général satisfaisant bien qu'elle conserve encore une certaine pâleur.

Examen du placenta. — Aplatissement en galette sauf sur une zone toute postérieure. Deux grandes cupules occupent tout le reste de la surface.

CHAPITRE III

Etude d'ensemble des caractères cliniques des vingt-deux cas de décollement du placenta normalement inséré

D'après les recherches que nous avons pu faire tant dans les différentes publications traitant de la question, que dans les caractères qui nous ont paru surtout nets en dépouillant les observations de la Clinique Obstétricale, les points sur lesquels l'attention paraît devoir être surtout attirée sont essentiellement les suivants :

- 1° Influence du degré de parité ;
- 2° L'âge de la grossesse ;
- 3° Rapports avec l'abuminurie et l'éclampsie ;
- 4° La longueur du cordon ombilical ;
- 5° La symptomatologie et en particulier les caractères de l'hémorragie interne ou mixte ;
- 6° La conduite tenue ;
- 7° L'évolution et le pronostic maternel et fœtal.
- 8° Les caractères du placenta ;

Il est bien entendu que nous étudions ces différents points en confondant pour le moment les formes légères et les formes graves, nous réservant de revenir ultérieurement sur les caractères cliniques des formes graves et la thérapeutique qu'elles peuvent imposer.

1° *Influence du degré de parité.* — Les auteurs admettent volontiers que le décollement du placenta survient de préférence chez les multipares. Mlle de Forin (thèse de Paris 1891) insiste déjà sur le rôle étiologique de la multiparité et en Janvier 1913, Essen-Moller tendant à faire de l'éclampsie et de l'hémorragie rétro-placentaire les manifestations d'une même intoxication générale admet que

l'éclampsie est plus fréquente chez les primipares et l'hémorragie rétro-placentaire plus fréquente au contraire chez les multipares. Nos observations ne nous permettent de confirmer cette notion que dans une mesure très restreinte :

Sur 22 observations nous en trouvons en effet 12 seulement ayant trait à des multipares avec toutefois cette remarque que sur 11 formes graves 8 survinrent chez des multipares.

Conclusions. — D'après nos observations, il semble donc que le décollement du placenta normalement inséré soit surtout en ce qui concerne les formes graves, plus fréquent chez les multipares.

2° *L'âge de la grossesse.* — Nous n'avons pas trouvé dans les différents articles que nous avons lu, de mention spéciale concernant l'âge de la grossesse. Les classiques en font cependant un accident des trois derniers mois. Chez nos 22 malades l'accident est survenu après le 6^e mois ; chez 7 entre le 6^e et le 7^e mois ; chez 4 entre le 7^e et le 8^e ; chez 11 entre le 8^e et le 9^e mois. Il n'y a pas de différences à établir entre les formes graves et les formes légères et nous voyons que chez la moitié de nos malades, soit 11, le décollement survint au cours du dernier mois de la grossesse.

Conclusions. — D'après nos observations le décollement prématuré du placenta normalement inséré apparaît donc comme un accident des trois derniers mois de la grossesse surtout fréquent au cours du dernier mois.

3° *Rapports avec l'albuminurie et l'éclampsie.* — Les rapports entre le décollement prématuré du placenta normalement inséré et l'albuminurie paraissent de tout temps avoir attiré l'attention des auteurs.

En 1892, Rousseau-Dumarcet, sur 13 observations en trouve 11 ayant trait à des albuminuriques : l'hémorragie intra-placentaire fréquente comme l'on sait chez les albuminuriques, deviendrait extra-placentaire dans le cas particulier et ainsi s'amorcerait le phénomène.

Pinard, en 1898, insiste à nouveau sur ce mécanisme.

Bar, (Bar et Kervilly, Soc. d'Obst. Mars 1906) insiste sur la fréquence des cas où l'albuminurie et les lésions rénales coïncident avec les hémorragies rétro-placentaires. Mais pour Bar, la lésion rénale serait secondaire à une lésion hépatique et il apporte à l'appui de cette théorie l'observation d'une malade chez laquelle l'autopsie fit découvrir une dégénérescence de la zone centrale de tous les lobules avec lésions nécrotiques de certaines cellules. Les lésions rénales concomitantes consistaient dans des lésions de néphrite épithéliales banales ; partant de ce point de vue M. Bar tendrait à considérer l'hémorragie rétro-placentaire comme faisant partie des accidents liés à l'éclampsisme.

Couvellaire range en 1911 le décollement prématuré du placenta précisément parmi les manifestations de l'état morbide qui constitue l'hépatotoxémie de Pinard et l'éclampsisme de Bar. Essen-Mollard cite au Congrès de Londres en 1913, deux cas où il y eut des coïncidences d'éclampsisme et de décollement placentaire et selon lui, l'albuminurie resterait le symptôme d'une intoxication générale produisant l'éclampsie dans certains cas, l'hémorragie rétro-placentaire dans d'autres, parfois les deux.

En 1914, Dan-Ghéorghiu, élève de Bar, considère l'hémorragie rétro-placentaire comme un accident survenant au cours du complexe morbide de l'éclampsisme, l'albuminurie étant un phénomène parallèle relevant de la même cause savoir : l'intoxication gravidique. Le lien

pathogénique entre l'intoxication et l'hémorragie rétro-placentaire serait établi par l'hypertension générale et locale. L'hémorragie rétro-placentaire serait ainsi du même ordre que les diverses hémorragies viscérales que l'on rencontre chez les éclamptiques.

En 1915, Zarate rapporte deux observations mortelles de décollement prématuré du placenta chez des éclamptiques.

La dernière statistique publiée sur la fréquence de l'albuminurie dans les observations de malades atteintes de décollement prématuré du placenta normalement inséré est celle de Le Golvan qui en 1911 signale sur 53 décollements 37 cas d'albuminurie mais il y a lieu de faire remarquer que 12 de ces observations ayant trait à des cas où le placenta est bas inséré, c'est en réalité dans 37 observations sur 41 que l'on rencontre l'albuminurie.

Nos observations nous permettent de conclure dans un sens analogue. Sur 22 malades, 19 présentaient de l'albuminurie et en particulier les 11 formes graves. Dans deux cas seulement on pu constater de véritables crises d'éclampsisme et il n'y eut jamais de coïncidence avec l'éclampsie confirmée.

Conclusions. — Nos observations nous autorisent à admettre que l'albuminurie se rencontre dans l'immense majorité des cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

4° *La longueur du cordon.* — La plupart des auteurs admettent à côté des cas coïncidant avec l'albuminurie des cas de décollement prématuré du placenta qui seraient la conséquence d'une brièveté essentielle ou accidentelle du cordon.

Dès 1892, Rousseau-Dumarcet en publie deux observations et considère la brièveté du cordon comme une cause

rare mais certaine du décollement prématuré du placenta.

Pinard cite dans ses cliniques un cas de Ribemont et un cas personnel où la traction sur le placenta fut exercée par le cordon enroulé autour du pied du fœtus.

Crasson en 1906 signale ce qu'il appelle le « suicide du fœtus » qui serait dû aux tractions sur le placenta exercé soit par un cordon trop court, soit dans les mouvements actifs, soit au moment de la progression fœtale. Dans d'autres cas des manœuvres intempestives et brutales de version externe pourraient être la cause du tiraillement d'un cordon trop court.

Lo Golvan en 1911 ne signale aucun cas de ce genre dans les observations recueillies à la Clinique Baudelocque.

Essen-Moller en 1913 n'apporte aucun fait nouveau et Dan-Ghéorghiu en 1914 en fait une cause exceptionnelle

Dans nos 22 observations nous trouvons mentionnée la longueur du cordon chez 16 fœtus et de ces 16 cordons, 9 ont moins de 50 cm., 1 ayant moins de 30, 3 entre 30 et 40 et 5 entre 40 et 50.

La brièveté du cordon est donc fréquente dans nos cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, mais il nous est impossible à la lecture des observations de pouvoir préciser si cette brièveté peut vraiment être considérée comme la cause du décollement. Peut-être cependant est-elle intervenue comme cause adjuvante.

Conclusions. — Sans formuler de déductions précises, le cordon dans la moitié des observations où il a été mesuré est apparu plus court que normalement.

Causes diverses de décollement du placenta. — A côté de l'albuminurie et de la brièveté du cordon les auteurs signalaient un certain nombre de causes du décollement du

placenta. Le traumatisme en particulier est invoqué par plusieurs auteurs. Lepage, puis Champetier de Ribes ont rapporté en 1901 deux faits de ce genre qui paraissent tout à fait indiscutables. Nous n'avons pu recueillir aucune observation de ce genre.

Il en est de même de l'hydramnios sur lequel insiste Lehman (1892) et des autres causes secondaires sans parler des phénomènes émotifs invoqués volontiers par les anciens auteurs et dont récemment encore Essen-Møller disait considérer l'action comme possible.

5° *Symptomatologie*. — La Symptomatologie du décollement du placenta normalement inséré différera évidemment suivant que nous aurons affaire à l'une des formes que nous avons étiquetées formes graves ou à l'une de celles qui nous ont paru devoir être différenciées comme ne mettant pas toujours la vie de l'enfant en danger et jamais celle de la mère. Nous nous proposons de revenir sur l'étude des formes graves, mais pour continuer notre travail d'ensemble nous retiendrons dans la totalité des observations un certain nombre de symptômes sur lesquels l'attention des auteurs paraît avoir toujours été attirée.

Il faut d'ailleurs remarquer que la plupart des descriptions cliniques données du décollement prématuré du placenta, paraissent surtout avoir en vue les formes graves dont les symptômes devaient on le conçoit surtout fixer l'attention.

Rousseau-Dumarcet distingue les formes avec hémorragie mixte et les formes avec hémorragie interne insistant sur la dureté ligneuse de l'utérus augmentant brusquement de volume et sur les phénomènes généraux qui sont ceux d'une anémie grave.

Budin admet la possibilité d'une hémorragie externe à côté d'une hémorragie interne, mais son attention

paraît avoir été portée spécialement sur la lésion du sinus circulaire.

Pinard dit n'avoir jamais constaté la douleur lancinante du début et pour lui le syndrome est dans l'installation soudaine et progressive de phénomènes hémorragiques en même temps qu'augmente la tension et la hauteur de l'utérus.

Crasson établit une différence entre les formes graves où les enfants sont toujours morts et les formes bénignes où le diagnostic n'est guère que rétrospectif et enfin des formes intermédiaires s'accompagnant de « perturbations locales et générales dont l'intensité varie avec l'abondance de l'épanchement et aussi avec la réaction du sujet ».

Bué, Puech en 1913 relatent des observations où une hémorragie suffisante pour amener la mort de l'enfant n'eut sur l'état de la mère aucun retentissement net.

Quoiqu'il en soit les points cliniques qui nous paraissent devoir attirer l'attention sont les suivants :

a) le mode de début : douleur brusque, installation plus ou moins insidieuse de phénomènes généraux graves ou hémorragie externe survenant sans cause apparente.

b) les caractères de l'hémorragie : celle-ci peut être uniquement interne, ou le sang décollant les membranes, devenir parfois rapidement externe réalisant le type de l'hémorragie mixte.

Par définition on ne peut admettre l'existence d'une hémorragie uniquement externe et nous considérons comme rentrant dans les catégories des hémorragies uniquement internes les cas où il est apparu que très tardivement à la vulve un suintement séro-sanguin de médiocre importance.

c) les symptômes locaux : symptômes utérins qui a priori seront l'apanage des formes graves.

d) les symptômes généraux : constants bien entendu dans les formes graves mais peuvent exister très atténués dans certaines formes légères.

Conclusions : Dans nos 22 observations :

a) le début se fit chez 6 malades par une douleur brusque ; chez 13 par une hémorragie externe d'abondance variable ; chez 2 par l'apparition de phénomènes généraux rapidement alarmants ; dans un cas le diagnostic fut fait à l'examen du délivre.

b) chez 8 malades, l'hémorragie peut être considérée comme ayant été uniquement interne, chez 14 fut réalisé le syndrome de l'hémorragie mixte.

c) 11 de nos observations, celles qui ont trait aux formes graves, décrivent des symptômes utérins classiques : utérus tendu, douloureux dans l'intervalle des contractions qui sont d'ailleurs difficiles à percevoir, hauteur utérine non en rapport avec l'âge de la grossesse et dont on peut quelquefois constater l'ascension à des examens successifs.

d) Les phénomènes généraux sont signalés dans 14 observations particulièrement marqués dans les formes graves, atténués dans 3 formes légères, les 9 autres n'ayant en aucune façon attiré l'attention à ce point de vue.

6° *Conduite et tenue*. — Les opinions ont naturellement varié sur la conduite à tenir en présence du décollement prématuré du placenta normalement inséré avec les progrès même de l'art obstétrical et récemment la question s'est posée des indications à établir en pareil cas. Ces indications chirurgicales s'adressent bien entendu aux seules formes graves et nous proposant de revenir sur elles en étudiant spécialement ces dernières, nous nous bornerons ici à en faire mention pour retenir surtout les indications purement obstétricales qui furent longtemps

les seules utilisées bien que dès 1898, Pinard ait affirmé qu'il considérait à priori la césarienne abdominale comme parfaitement légitime dans certaines formes graves.

Rousseau-Dumarcet, dans sa thèse ne discute que deux méthodes, le tamponnement qu'il rejette comme donnant une « trompeuse sécurité » et la rupture large des membranes suivie, si besoin est, du ballon de Champetier.

Budin défendra le tamponnement mais en ayant surtout en vue la rupture du sinus circulaire et Pinard (1898) estime que les cas bénins n'impliquent aucun traitement spécial, la déchirure des membranes restant l'indication des cas moyens (22 succès sur 24 dans les observations de Mme Henry).

Le Golvan, en 1911 en publiant les observations de la Clinique Baudelocque, maintient les conclusions de Pinard relatives à la déchirure des membranes et au besoin à l'accélération au ballon.

Couvelaire, reprenant de la statistique la Clinique Baudelocque rapporte que sur 23 observations indiscutables la rupture des membranes fut employée seize fois (avec un décès au troisième jour par éclampsie ; que dans sept cas ont dut recourir à des interventions plus graves, savoir : une extraction à dilatation complète, deux dilatations à la Bonnaire ; deux dilatations au ballon de Champetier suivies dans deux cas d'extraction au forceps, dans l'un de craniotomie et dans un autre de basiotripsie ; enfin une dilatation forcée suivie de mort par rupture utérine et une opération de Porro avec succès (Couvelaire).

Lévy, dans sa thèse de 1911 donne au point de vue du traitement les conclusions suivantes : il existe des indications au traitement chirurgical mais elles sont rares

et parmi les indications obstétricales l'extraction rapide est indiquée dans les cas où la dilatation est complète ; les dilateurs métalliques sont à rejeter, le ballon de Champetier est un mauvais hémostatique puisque la région qui saigne est haut situé, mais reste un bon moyen de dilatation.

Et les auteurs qui, en 1912, ont eut à émettre des opinions à propos de la question posée au Congrès de Berlin concluent d'une façon générale à l'importance essentielle qu'il faut accorder dans le choix de l'intervention, d'abord à l'état général commandant ou non une intervention d'urgence puis pour choisir cette intervention, à l'état du col utérin. Au cas ordinaires suffit la simple rupture des membranes, aux autres répondent des interventions obstétricales si le col est souple, les opérations pouvant s'imposer si ces moyens sont inefficaces ou dangereux. (Bar, Soc. d'Obs. Juillet 1912, Couvelaire Congrès de Berlin 1912).

Nous répétons que nous reviendrons sur la discussion des indications d'une intervention chirurgicale et sur celle de la nature même de cette intervention, nous nous bornerons à relater ici quelle fut à la Clinique Obstétricale la conduite tenue en face des différents cas que nous présentons et quels résultats elle permit d'obtenir :

Six malades ne subirent aucun traitement particulier, ils s'agissait bien entendu de formes légères ; chez 8 malades on se borna à pratiquer la rupture artificielle des membranes avant dilatation complète : 3 de ces malades rentrent dans la catégorie des malades graves et toutes guérissent de façon heureuse. La dilatation digitale fut pratiquée chez trois malades et suivie dans un cas d'une application forceps, dans deux d'une craniotomie. Une des malades ayant subi la craniotomie mourut par déchirure du segment inférieur. Chez trois malades enfin on prati-

qua la césarienne vaginale avec deux succès et une mort.

Conclusions. — Sur 22 malades atteintes de décollement prématuré du placenta normalement inséré, il fallut intervenir 16 fois dont 13 par des méthodes purement obstétricales, réduites chez 8 à la simple déchirure des membranes et 3 fois par des méthodes chirurgicales, la césarienne vaginale dans l'espèce.

7° *Evolution.* — *Pronostic maternel et fœtal.* — Rousseau-Dumarcet publie en 1892, 13 observations avec 5 morts faisant remarquer que sur 11 albuminuriques 3 malades moururent et que deux malades dont le décollement fut dû à une brièveté du cordon moururent également. Selon lui le pronostic est toujours fatal pour l'enfant. A priori, ainsi que le fait remarquer M. Couvelaire tout décollement prématuré du placenta normalement inséré susceptible de provoquer le shock hémorragique doit de toute nécessité être fatal au fœtus. Dans les formes légères, il peut dans une mesure restreinte, mais certaine cependant, avoir une survie fœtale.

En 1911, Le Golvan, dans sa statistique portant sur les 53 observations de la Clinique Baudelocque de 1898 à 1910 trouve deux morts maternelles et cinq survies d'enfant.

Couvelaire, Lévy qui n'ont en vue que les formes graves ne signalent aucune survie fœtale, mais un pourcentage de 4 morts sur un total de 53 observations dont 27 ayant trait précisément à des formes graves.

Dans la même année 1912, sur 13 cas de la Clinique Tarnier M. Bar signale 4 décès.

Ferré, à Pau, (Soc. d'Obs. de Toulouse, 9 Juin 1912 (rapporte 8 cas avec une mort maternelle et une survie d'enfant.

Essen-Moller, sur 29 observations signale deux morts maternelles avec 16 survies d'enfants, ce qui donne à penser que sa statistique porte sur un grand nombre de formes légères.

A Lyon, Gonnet (Soc. d'Obs. 1912) réunit 37 observations avec 2 morts maternelles et 4 survies d'enfants.

Les statistiques que nous venons de résumer sont difficiles à comparer entre elles, les unes comme celles réunies de M. Bar et de M. Couvelaire ayant trait uniquement à des formes graves et donnant avec une mortalité fœtale de 100/100, une mortalité maternelle de 8 sur 40 soit 20 0/0, les autres comme celle d'Essen-Moller donnant à côté d'une mortalité fœtale de 48 0/0 seulement, une mortalité maternelle de 6,5 0/0. Il y a loin en tous cas de ces chiffres, à ceux rapportés par Godell et Braxton Hicks où la mortalité fœtale atteignait 65 0/0.

La statistique globale de la Clinique Obstétricale se traduit au point de vue fœtal par 3 enfants vivants sur 22 observations et au point de vue maternel par deux morts.

Nous ne reviendrons pas sur la mortalité fœtale. Les deux morts maternelles survinrent, l'une après césarienne vaginale : la malade amenée dans un état extrêmement grave ayant succombé peu après l'intervention ; la seconde après craniotomie le segment inférieur s'étant rompu au passage du mobile fœtal.

Conclusions. — La mortalité maternelle est donc de 2 sur 22 soit 9 0/0 pour les malades de la Clinique Obstétricale.

8° *Caractères du placenta.* — L'étude anatomo-pathologique du placenta normalement inséré s'est considérablement enrichie ces dernières années, tant par les recherches qui portent sur le placenta et la caduque utérine que par celles qui portèrent sur le muscle utérin.

Sans reprendre le détail de cette question qui nous sortirait du cadre exclusivement clinique que nous nous sommes tracé, nous rappellerons les examens microscopiques rapportés par M. le P^r Fabre dans la thèse de Gaston et qui lui permettent de conclure à la destruction dans le placenta foetal d'un grand nombre de villosités et surtout à des lésions de la caduque : les lésions de la caduque sont telles que les cellules ont perdu leurs rapports normaux, séparées qu'elles sont par une substance mal différenciée mais facile à distinguer du protoplasme cellulaire atteint lui-même des lésions de dégénérescence. Ces lésions, ainsi que le fait remarquer M. Fabre à la Soc. d'Obs. (février 1910) existent non seulement sur la caduque placentaire mais sur la partie de la muqueuse utérine restée adhérente au muscle.

Quand aux lésions musculaires, l'attention fut attirée sur elles par M. Couvelaire en 1911 et Essen-Møller en Janvier 1913 estimait qu'une vingtaine de cas environ avait été publiés depuis. Ces lésions consistent essentiellement en hémorragies sous séreuses formant des taches plus ou moins étendues et en hémorragies intra-musculaires susceptibles de dissocier à un degré variable les fibres et les fibrilles musculaires ainsi qu'on a pu le constater sur des pièces prélevées au cours d'autopsies ou d'hystérectomies.

Parmi les auteurs qui, à la suite de M. Couvelaire, publièrent des observations, MM. Fabre et Bourret retrouvèrent sur une pièce recueillie à l'autopsie d'une malade de la Clinique Obstétricale des lésions musculaires atteignant à peine un demi centimètre d'épaisseur. (Soc. d'Obs. Février 1912.

Nos observations n'apportent sur ces points aucune nouvelle contribution et nous nous bornerons à signaler quels étaient les caractères macroscopiques du placenta.

Ces lésions doivent en principe porter surtout sur la face maternelle et être caractérisées par un ou plusieurs caillots de date ancienne ou récente, les lésions classiques du placenta albuminurique pouvant bien entendu être surajoutées.

Quatre de nos observations ne signalent pas de lésions précises du côté placentaire ; trois indiquent la présence d'infarctus récents ou anciens. Cinq spécifient la présence de caillots plus ou moins volumineux, adhérent à la face maternelle du placenta.

Dans huit cas enfin se trouve très nettement décrit l'aplatissement en galette d'une large zone placentaire habituellement creusé sur sa face maternelle d'une ou de plusieurs cupules renfermant des caillots.

Signalons, pour mémoire, les observations qui firent l'objet de recherches anatomo-pathologiques plus minutieuses, nous voulons parler des observations I et IV (formes graves) à propos desquelles M. Fabre décrivit dans la thèse de Gaston des lésions d'endométrite alvéolaire et les observations rapportées par MM. Fabre et Bourret (Soc. d'Obs., Février 1918 et Février 1912) deux observations d'endométrite maternelle avec une observation d'apoplexie utérine.

Conclusions. — Les lésions placentaires macroscopiques classiques ont été retrouvées d'une façon générale sur les placentas des malades de la Clinique Obstétricale. A propos de certaines d'entre elles, M. Fabre a pu décrire les lésions d'endométrite alvéolaire, placentaire et maternelle et retrouver des lésions d'hémorragie intra-musculaire.

CHAPITRE IV

Au cours de l'étude que nous venons de faire du décollement prématuré du placenta normalement inséré, nous avons envisagé l'histoire clinique générale dans tous les cas où le placenta inséré en dehors du segment inférieur s'est décollé au cours de la grossesse à une date plus ou moins éloignée du terme. Mais nous avons à plusieurs reprises insisté sur la différence considérable qui existait entre certaines formes à symptômes frustes et certaines autres où le tableau clinique apparaissait d'emblée comme particulièrement alarmant, d'où la distinction des formes légères et des formes graves et l'utilité qui nous est apparue de consacrer un chapitre spécial à l'étude de ces dernières.

Cette étude portera sur le tableau clinique mais surtout sur la question du traitement, la caractéristique de ces formes, étant précisément d'imposer précocement une détermination thérapeutique grosse de conséquences.

I. — *Etude Clinique.* — Il faut donc entendre par formes graves du décollement du placenta normalement inséré celles où, pour reprendre la définition de M. Couvelaire, on assiste à l'installation d'un syndrome progressif de shock hémorragique survenant souvent après une douleur abdominale brusque, l'enfant étant mort par définition et l'état de la malade paraissant immédiatement d'une gravité considérable, l'hémorragie pouvant être uniquement interne ou revêtir le type mixte. Ce sont ces symptômes que nous avons retrouvés chez 11 malades dont nous publions les observations sous la rubrique « formes graves ».

1° Le début se fit chez six malades par une douleur abdominale brusque survenue sans causes appréciables (obs. : I, II, III, VII, X, XI). Chez cinq les symptômes apparurent d'une façon plus insidieuse, l'attention des malades ayant été attirée dans trois cas par une hémorragie externe (obs. IV, VI, VIII) et dans les 2 autres par une altération rapide de l'état général, alors qu'elles croyaient simplement à un début de travail. Le tableau clinique habituel est d'ailleurs celui d'une malade amenée dans le service dans un état des plus graves avec la pâleur et les tendances lipothymiques des grandes anémiées et chez lesquelles on ne fait que rétrospectivement l'histoire du début des symptômes.

2° Chez toutes les malades on retrouva l'exagération de la tension utérine donnant l'impression classique de l'utérus ligneux avec ascension du fond utérin à une hauteur disproportionnée par rapport à l'âge de la grossesse, ascension pouvant d'ailleurs dans certains cas s'apprécier d'heure en heure par des mensurations successives.

Chez toutes, l'état général classique de l'anémie aiguë, pâleur, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, baillement, etc... Mais nous avons pu, chez la plupart vérifier un fait sur lequel M. Fabre insiste déjà dans la thèse de Gaston : le pouls est souvent de faible tension mais conserve longtemps un rythme presque normal. C'est ainsi que si dans la seule observation II il est indiqué comme battant à 120, il est marqué à 88 dans l'obs. I, à 80 dans les obs. VI, VIII, X et XI, à 76 dans les obs. IV et V, à 68 dans l'ob. VII, à 60 dans l'ob. IX (nous n'avons trouvé aucun renseignement dans l'obs. III). Il est d'ailleurs à remarquer que ce pouls tendra à s'accélérer, mais ne prendra vraiment

une rapidité en rapport avec les symptômes généraux qu'une fois évacuée la cavité utérine. A la Société Obst. de Montpellier, en 1913, M. Vallois a insisté sur ce caractère de lenteur du pouls et M. Drouville a rappelé à ce propos que Finsterer de Vienne avait déjà attiré l'attention sur ce fait dans certaines grandes hémorragies traumatiques intra-péritonéales. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un fait en apparence paradoxal, dont la fréquence paraît être habituelle dans les formes graves du déplacement du placenta puisque nous le retrouvons dans 9 sur 10 de nos observations où se trouve indiqué le nombre des pulsations.

3° Hémorragie. — Chez cinq malades il y eut un écoulement sanguin abondant permettant de ranger l'hémorragie dans la catégorie des hémorragies mixte. Chez les six autres l'hémorragie nous paraît devoir être considérée comme uniquement interne bien que dans trois cas il soit apparu à la vulve un écoulement de liquide sanguinolent revêtant plutôt d'ailleurs les caractères d'un suintement que ceux d'une véritable hémorragie.

4° L'évolution chez les onze malades se fit vers la guérison pour 9 d'entre elles et vers la mort pour 2. Ces deux malades moururent, l'une du choc hémorragique quelques instants après une césarienne pratiquée in-extrémis ; l'autre succomba à une rupture du segment inférieur consécutive à l'extraction du fœtus après dilatation manuelle du col.

La proportion de mortalité maternelle pour les formes graves a donc été de 2 pour 11 soit 18,1 0/0.

II. — *Traitement.* — Le traitement des formes graves du décollement du placenta normalement inséré a fait l'objet, il y a quelques années de travaux importants sur lesquels nous tenons à revenir avant d'expo-

ser le détail des méthodes employées chez les malades, à la Clinique Obstétricale de Lyon. La question qui paraît surtout importante est celle des indications en pareil cas d'un traitement chirurgical, la nécessité d'une telle intervention paraissant légitimée à priori par la gravité même de l'état dans lequel se présentent les malades qu'il importe de secourir d'urgence.

Dès 1898, M. Pinard admettait à priori la légitimité de la césarienne abdominale suivie au besoin de l'amputation supra-vaginale ou de l'hystérectomie abdominale totale et sans reprendre l'historique de la question nous rappellerons qu'elle fut reprise surtout en 1912 à propos des rapports présentés au Congrès de Berlin sur le traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse et de l'accouchement.

M. Couvelaire a insisté sur la rareté relative des indications chirurgicales mais aussi sur la nécessité où l'on se trouvait dans certains cas de les poser. Les conclusions donnent la préférence à la césarienne abdominale qui, entre autres avantages, aurait celui de permettre la vérification du muscle utérin et de permettre l'hystérectomie au besoin par le Poro, quand les lésions myométriales paraissent justifier cette exérèse.

La thèse de Lévy en 1911 signalait dans la littérature du traitement du décollement prématuré du placenta normalement inséré, 23 interventions chirurgicales savoir : 7 césariennes abdominales conservatrices ; 7 césariennes abdominales avec hystérectomie et 9 césariennes vaginales, parmi lesquelles il omettait une opération pratiquée par M. le P^r Fabre en 1910 (Fabre et Bonnet, Soc. d'Obst. février 1910 et Thèse de Risser 1910), ce qui porte à 10 le nombre des césariennes vaginales à cette date contre 14 opérations abdominales.

Sur 7 césariennes conservatrices il y eut 3 morts.

Sur 7 césariennes avec hystérectomie (dont 4 Porro) il y eut 3 morts.

Sur 10 césariennes vaginales il y eut 1 mort. Nous signalerons à ce propos que les deux seules opérations françaises de césarienne vaginale pour décollement prématuré du placenta normalement inséré appartiennent à M. Fabre qui, d'ailleurs dans la thèse de Gaston, s'en déclarait partisan à l'exclusion de la césarienne abdominale.

En 1911, M. Couvelaire publie une nouvelle observation d'opération de Porro pratiquée par M. Pottet et suivie de mort.

En 1915, Zarate publie une observation traitée par l'hystérectomie au cours d'accès éclamptiques et suivie de mort.

En 1916, Carlton Old Field publie un cas de césarienne avec hystérectomie avec guérison.

Fletcher-Schave publie 6 cas de césarienne abdominale avec 3 morts. Nous n'avons trouvé aucune observation de césarienne vaginale et en nous en tenant aux recherches que nous avons pu faire dans la littérature parue à ce jour les opérations chirurgicales pratiquées dans le cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré se trouvent donc être de 33 avec 7 césariennes conservatrices et 16 césariennes avec hystérectomie (5 Porro, 11 hystérectomies) et 10 césariennes vaginales. La mortalité totale opératoire est de 12 soit la proportion de 36,3 0/0 réparties en 3 morts sur 7 césariennes conservatrices, (42,8 0/0) ; 8 morts sur 16 césariennes avec hystérectomie (50 0/0) et 1 mort sur 10 césariennes vaginales (10 0/0).

Nos 11 malades furent traités dans 8 cas par des méthodes obstétricales et dans 3 cas par des interventions chirurgicales. Les 8 interventions obstétricales consis-

tèrent dans 3 cas en la simple rupture des membranes avant dilatation complète : les 3 malades guériront ; dans un cas dans une application de forceps et dans un autre en une craniotomie : ces malades guériront ; — dans 3 cas enfin dans la dilatation manuelle suivie dans un cas d'un forceps et dans deux de craniotomie. Une des malades ayant subi la craniotomie succomba à la suite d'une déchirure du segment inférieur. Les 3 interventions chirurgicales consistèrent dans trois césariennes vaginales : une des malades mourut quelques instants après l'intervention.

Cela étant la première observation de césarienne vaginale figurant déjà dans les statistiques générales des auteurs sur lesquels nous nous sommes basés, la seconde omise par Lévy ayant été rajoutée, nous apportons une nouvelle observation de césarienne vaginale suivie de succès, ce qui donne un décès sur 11 cas, soit 9,1 0/0. Evidemment le pourcentage de mortalité dans la césarienne vaginale paraît très réduit, comparé à celui des césariennes abdominales, mais il ne faut pas attribuer à de telles données une valeur primordiale, les sources où elles ont été puisées étant trop variées pour que l'on puisse admettre à priori qu'il s'agissait de cas comparables entre eux au point de vue de la gravité et des indications qui s'imposaient. C'est néanmoins un fait à retenir puisque nous n'avons retrouvé d'autres observations, dans la littérature obstétricale Française, de césarienne vaginale en cas d'hémorragie rétro-placentaires que celles pratiquées à la Clinique Obstétricale de Lyon par M. le P^r Fabre en 1906 et 1910 et par M. Rhenter en 1919 et que d'une façon générale les auteurs se montrent, ainsi que nous allons le voir, beaucoup plus partisans de la césarienne abdominale.

Le traitement chirurgical admis ainsi que nous l'a-

vons vu, par Pinard en 1898, devait à priori consister pour lui dans la césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie.

En 1906, Le Lorier publie une observation de Ribemont où la césarienne fut pratiquée en pareil cas. En 1906, M. Fabre publie une observation de césarienne vaginale et se déclare partisan de cette intervention à l'exclusion de la césarienne abdominale.

En 1907, Chevaldychoff publie un cas où l'hystérectomie vaginale fut indiquée par la persistance de l'hémorragie après la délivrance.

En 1909, Duquet remit cinq observations de césarienne pour hémorragie rétro-placentaire où il fait figurer les observations précédentes, dont celle de M. Fabre. Duquet discute d'ailleurs la césarienne vaginale point sur lequel nous reviendrons.

En 1911 et 1912, M. Couvelaire, dans les importants travaux que nous avons déjà plusieurs fois signalés conclut aux indications de la césarienne abdominale qui permet de vérifier l'état du muscle utérin.

Lévy, en 1911, met au point les statistiques parues avec les chiffres que nous avons déjà rapportés.

Sture-Berggren conclut aux avantages de la césarienne abdominale.

Bonnet-Laborderie, en 1912, discute l'opération césarienne mais celle-ci ne doit pas conduire à une intervention chirurgicale systématique.

En 1912, Bar, dans son rapport sur le traitement des hémorragie utérines conclut aux indications de la césarienne abdominale quand le col n'est pas dilatable, si l'état général est bon et les suffusions utérines faibles, l'hystérectomie étant indiquée dans les cas contraires et la césarienne vaginale devant être réservée aux cas où il faut aller vite.

Gonnet (Soc. Obs. 1912) ne trouve sur 37 observations réunies depuis 1903 que deux interventions, en l'espèce les deux césariennes vaginales de M. Fabre et dans la discussion qui suivit, M. Fabre insiste à nouveau sur les avantages de la césarienne vaginale.

A Pau, Ferré ne publie aucune intervention chirurgicale imposée par le décollement du placenta, mais dans la discussion qui suivit M. Audebert se déclare partisan de la césarienne abdominale ou vaginale.

A Lille, Paucot considère la césarienne abdominale comme un procédé de choix et Oui s'en déclare également partisan. Yung, au Congrès de Berlin, conseille la césarienne vaginale si le bassin est normal.

En 1913, Essen-Moller déclare préférer la césarienne abdominale tout en reconnaissant la légitimité de la césarienne vaginale dans certains cas.

Nous n'avons pas trouvé dans les publications des années suivantes d'observations ayant trait à la césarienne vaginale.

En résumé, si d'une façon générale les auteurs admettent la légitimité dans certains cas des interventions chirurgicales, la plupart se déclarent partisans de l'opération de la césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie et en effet sur les 11 observations réunies de césarienne vaginale nous avons vu que 3 seulement étaient Françaises, les 9 autres appartenant pour la plupart aux écoles étrangères.

En 1909, Duquet, élève de Ribemont, critique l'opinion émise dans la thèse de Gaston de la supériorité de la césarienne vaginale sur la césarienne abdominale.

1° Selon lui, on peut pratiquer la césarienne abdominale tardivement, même dit-il alors que des tentatives d'extraction ont été pratiquées — il nous semble

que les avantages de la césarienne vaginale restent indiscutables par rapport à la césarienne abdominale quand il s'agit d'intervenir sur une malade dont le travail dure depuis un certain temps.

Et précisément une contre indication importante à la césarienne abdominale nous paraît tenir à ce fait que l'indication se poserait le plus habituellement alors que le travail dure déjà depuis longtemps et que des manœuvres intra-cervicales ont déjà été pratiquées.

2° Les préparatifs seraient aussi longs pour l'une que pour l'autre intervention — nous croyons pouvoir affirmer qu'aucune comparaison n'est à établir à ce point de vue entre une opération qui exige les préparatifs d'une laparotomie et une autre à laquelle suffisent, dans le local même où se font les applications du forceps, 2 pinces de Museux, une valve vaginale, une paire de ciseaux, un bistouri et une aiguille à suture.

3° Pour la durée, Duquet écrit : « il est évident que l'abdominale est plus rapide que la vaginale, il faut trois quarts d'heure à peine à l'une et plus d'une heure pour l'autre.... et la difficulté n'en est certes pas beaucoup plus grande » — il est indiscutable que réglée comme elle l'est à l'heure actuelle, la césarienne abdominale est une intervention de technique précise et sûre.... mais la césarienne vaginale ne nous est pas apparue comme une intervention vraiment difficile et la dernière qui fut pratiquée à la Clinique Obstétricale de Lyon demanda à peine trois quarts d'heure entre le début de l'intervention et la remise en place de la malade, la délivrance faite.

4° Le risque d'hémorragie ne paraît pas, à priori, être comparable dans les deux interventions, on est au contraire frappé par l'absence d'écoulement sanguin

au cours de l'intervention sous réserve évidemment que les incisions soient pratiquées rigoureusement sur la ligne médiane.

5° Quand aux risques d'extension et de déviations de l'incision, si celle-ci est rigoureusement médiane, si en cas de volume trop considérable du fœtus on a soin de compléter la colpo-hystérotomie antérieure par une colpo-hystérotomie postérieure, tout en exerçant des tractions modérées et surveillées, il ne semble pas que des accidents de ce genre soient à redouter.

6° Quant aux suites opératoires lointaines et aux risques de rupture de la cicatrice, nous manquons d'éléments personnels pour apprécier la question, mais il ne semble pas que beaucoup d'observations de ce genre aient été publiées.

Nous n'insisterons pas sur l'opinion émise par Paucot en 1912 quand il déclare que la césarienne vaginale, lui paraît moins séduisante et sans supériorité sur la dilatation artificielle quand le col est souple. — Il est évident que quand le col est souple la question ne se pose pas de pratiquer une césarienne quelconque, l'indication d'intervenir étant précisément tirée des difficultés que l'on rencontre du côté de la dilatabilité plus ou moins grande du col.

Yung, en 1912 au congrès de Berlin, se déclare partisan de la césarienne vaginale quand le col n'est ni dilaté, ni dilatable, et M. Bar enfin estime que dans certains cas la césarienne vaginale conserve des indications légitimes bien que ce soit d'une façon générale à la voie haute qu'il faille avoir recours.

En effet, si la césarienne vaginale nous paraît conserver ses indications, si dans les cas comme celui de l'obs. XI on ne peut vraisemblablement songer à imposer à la malade le risque d'une laparatomie, nous recon-

naïssons volontiers que quand l'état de la malade le permet, la césarienne abdominale mériterait d'être préférée : elle a, en effet, l'avantage d'éclairer l'opérateur sur l'état du muscle utérin et nous avons vu que depuis les observations de M. Couvelaire, un certain nombre ont été réunies qui montrent l'utilité qu'il y a à pratiquer une hystérectomie que la technique de Porro rendra simple et rapide. Mais il faut aussi admettre que ces lésions sont loin d'être de règle et ne doivent pas conduire à une amputation systématique. En janvier 1913, Essen-Møller n'avait guère réuni qu'une vingtaine de cas où étaient signalés des lésions musculaires et parmi ces cas, nombreux sont ceux qui, comme celui de MM. Fabre et Bourret (Soc. d'Obs. Février 1912) comportent des lésions limitées parfaitement compatibles avec la conservation de l'utérus. M. Couvelaire admet d'ailleurs parfaitement que si l'apoplexie utéro-placentaire ne doit pas être considérée comme une exception, les infiltrations légères « pratiquement négligeables » sont les plus fréquentes.

Par conséquent si l'on peut souhaiter de se trouver en présence de malades dont l'état permette de recourir à une césarienne abdominale quand se pose une indication chirurgicale, il nous semble qu'une place plus large doit être faite à la césarienne vaginale, qui moins choquante immédiatement et secondairement permet d'évacuer rapidement l'utérus et répond ainsi à l'indication essentielle que pose le décollement prématuré du placenta normalement inséré. L'avantage réel qu'il y aurait à pouvoir examiner directement la paroi musculaire de l'utérus ne doit pas forcer la main à pratiquer une césarienne abdominale que l'état de la malade paraît contre-indiquer dans le cas que nous envisageons étant donné, nous le répétons, que les

lésions musculaires utérines sont fréquentes mais sont aussi souvent parfaitement compatibles avec la conversion de l'utérus.

En résumé, les seules opérations chirurgicales pratiquées à la Clinique Obstétricale de Lyon ont été trois césariennes vaginales, l'état dans lequel se trouvait les trois malades ne permettait pas à priori de songer à une césarienne abdominale et ces faits nous paraissent militer en faveur de la césarienne vaginale parmi les interventions susceptibles de rendre les plus grands services dans les cas où ils faut décider d'urgence une intervention à technique rapide.

CONCLUSIONS

I. — Les cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré observés à la Clinique Obstétricale de Lyon depuis 1904 sont au nombre de 22 sur un total de 18000 accouchements soit : 0,122 %.

II. — Il y a lieu de distinguer parmi ces cas des formes légères et des formes graves, ces dernières se caractérisant par des symptômes alarmants et susceptibles d'imposer d'urgence une détermination thérapeutique : sur 22 observations, 11 ont trait à des formes légères, 11 à des formes graves.

III. — La mortalité a été de 2 sur 22 soit : 9 %.

IV. — Les indications thérapeutiques sont le plus souvent obstétricales, mais les interventions chirurgicales n'en conservent pas moins d'indiscutables indications.

V. — Les seules interventions chirurgicales pratiquées à la Clinique Obstétricale de Lyon sont des césariennes vaginales au nombre de trois ; cette opération reste pour M. le Professeur Fabre, l'opération de choix dans le cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FABRE.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENG.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 7 octobre 1919.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur :
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter la thèse de Gaston (Lyon 1906) pour les productions antérieurs à cette date.

- ROUSSEAU-DUMARCET. - Thèse de Paris, 1892.
BUDIN. - Presse Médicale, 1896.
PINARD. - Cliniques, 1898.
LEPAGE. - Soc. d'Obst. gyn. et péd., Paris, 22 Avril 1901.
CHAMPETIER DE RIBES. - Soc. d'Obst. gyn. et péd. Paris, 10 Juin 1901.
CRASSON. - Thèse de Paris, 1906.
BAR et KERVILLY. - Soc. d'Obst., 15 Mars 1906.
LE LORIER. - Soc. d'Obst. gyn. et péd., Paris, 12 Mars 1906.
DUQUET. - Thèse de Paris, 1909.
FABRE et BOURRET. - Soc. d'Obst., Février 1910.
RISSER. - Thèse de Lyon, 1910.
LE GOLVAN. - Thèse de Paris, 1911.
LÉVY. - Thèse de Paris, 1911.
COUVELAIRE. - Annales de gynécologie, Octobre 1911.
COUVELAIRE. - Annales de gynécologie, Août 1912.
COUVELAIRE. - Annales de gynécologie, Septembre 1912.
FABRE et BOURRET. - Soc. d'Obst., Février 1912.
FERRÉ. - Soc. d'Obst. de Toulouse, Juin 1912.
PAUCOT. - Soc. d'Obst., Juin 1912.
GONNET. - Rapport à la Soc. d'Obst., 1912.
BONNET-LABORDERIE. - Soc. d'Obst., Juillet 1912.
BAR. - Soc. d'Obst., 8 Juillet 1912.
STURE-BERGGEN. - Obstétrique, Août 1912.
OUI. - Acad. de Médecine, 29 Octobre 1912.
BUÉ. - Soc. d'Obst., Juillet 1913.
PUECH. - Soc. d'Obst., Décembre 1913.
ESSEN-MOLLER. - Congrès de Londres, 1913.
DAN-GHÉORGHIU. - Thèse de Paris, 1914.
ZARATE. - Ann. de gyn., Avril 1915.
CARLTON OLD'FIELD. - Royal soc. of Med., Novembre 1916.
ARTHUR ME NAIR. - Royal soc. of Med., Novembre 1916.
FLETCHER SCHAV. - Royal soc. of Med., 1916.

